

BVGer C-3522/2017 vom 17. Januar 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3522_2017

FR: TAF C-3522/2017 du 17 janvier 2019

IT: TAF C-3522/2017 del 17 gennaio 2019

Regeste

Droit à la rente

Erwägungen

E. 1.1

Au vu de l'art. 31 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32), en relation avec l'art. 33 let. d LTAF et l'art. 69 al. 1 let. b de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal administratif fédéral connaît des recours interjetés par les personnes résidant à l'étranger contre les décisions prises par l'OAIE. Demeurent réservées les exceptions - non réalisées en l'espèce - prévues à l'art. 32 LTAF.

E. 1.2

Selon l'art. 37 LTAF, la procédure devant le Tribunal administratif fédéral est régie par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021), pour autant que la LTAF n'en dispose pas autrement. Or, en vertu de l'art. 3 let. dbis PA, la procédure en matière d'assurances sociales n'est pas régie par la PA dans la mesure où la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) est applicable. A cet égard, conformément à l'art. 2 LPGA en relation avec l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et art. 28 à 70 LAI), à moins que la LAI ne déroge à la LPGA.

E. 1.3

Selon l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Ces conditions sont remplies en l'espèce.

E. 1.4

En outre, déposé en temps utile et dans les formes requises par la loi (art. 60 LPGA et art. 52 PA), et l'avance sur les frais de procédure ayant été dûment acquittée, le recours est recevable.

E. 2

En vertu de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers - dans le cas concret il s'agit de l'Office cantonal, l'assurée ayant travaillé en tant que frontalière à (...) (voir AI doc 3). En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions.

E. 3.1

La requérante est citoyenne d'un Etat membre de la Communauté européenne. Est dès lors applicable à la présente cause, en raison de son aspect transfrontalier, l'accord, entré en vigueur le 1er juin 2002, entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681), dont l'annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale. Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1er avril 2012 au règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), ainsi qu'au règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.11 ; art. 1 al. 1 de l'annexe II en relation avec la section A de l'annexe II), applicables in casu. Conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient en principe des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci. Comme avant l'entrée en vigueur de l'ALCP, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'AI suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse ; l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004, en relation avec l'annexe VII dudit règlement ; ATF 130 V 253 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 376/05 du 5 août 2005 consid. 3.1), étant précisé que la documentation médicale et administrative fournie par les institutions de sécurité sociale d'un autre Etat membre doit être prise en considération (art. 49 al. 2 du règlement n° 987/2009).

E. 3.2

S'agissant du droit interne, la présente cause doit être examinée à l'aune des dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution telles que modifiées par la 6e révision de l'AI (premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (RO 2011 5659, FF 2010 1647).

E. 4

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la requérante à une rente ordinaire, respectivement à une rente extraordinaire de l'AI suisse.

E. 5

Tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse, doit remplir cumulativement les conditions suivantes : d'abord être invalide au sens de la LPGA et de la LAI (art. 8 LPGA ; art. 4, 28, 28a, 29 al. 1 LAI) ; ensuite compter au moins trois années entières de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI). Il s'agit donc pour le Tribunal d'examiner, d'une part, si la requérante présente une invalidité et, d'autre part, à quelle date dite invalidité serait survenue.

E. 6

L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA, art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Par incapacité de travail, on entend toute perte, totale ou partielle, résultant d'une atteinte à la santé physique,

mentale ou psychique, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui (art. 6 LPGA). L'assurance-invalidité suisse couvre ainsi seulement les pertes économiques liées à une atteinte à la santé physique ou psychique, et non la maladie en tant que telle (ATF 116 V 246 consid. 1b). En d'autres termes, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé, mais les conséquences économiques de celle-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée.

E. 7

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à une rente naît dès que l'assuré ne peut rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain au moyen de mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), présente une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, est invalide à 40% au moins (let. c). Cela signifie que le droit à une rente peut prendre naissance, pour autant que toutes les autres conditions soient remplies, au plus tôt après une année d'incapacité de travail ininterrompue d'au moins 40% en moyenne (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n. m. 2021). Enfin, selon la réglementation prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente à laquelle un assuré a droit peut être versée au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie plus précisément comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession. (Michel Valterio, op. cit., n. m. 2025).

E. 8.1

Pour pouvoir déterminer la capacité de travail d'un assuré et évaluer son invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a) et sur lesquels elle s'appuiera, sous peine de violer le principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_623/2012 du 6 décembre 2012 consid. 1 et I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Le Tribunal fédéral a jugé en effet que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré, quand bien même la notion d'invalidité est de nature économique/juridique et non médicale (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2, ATF 114 V 310 consid. 3c, ATF 105 V 156 consid. 1; voir supra consid. 6). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Il lui appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. Lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral I 636/06 du 22 septembre 2006 consid. 3.2; Pratique VSI 6/1998 p. 296 consid. 3b).

E. 8.2

Le juge des assurances sociales, quant à lui, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). Par ailleurs, s'agissant de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, le Tribunal fédéral précise que la jurisprudence développée en matière de troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_130/2017 du 30 novembre 2017, consid. 7). Ainsi, le diagnostic posé n'est plus au centre de l'évaluation du degré d'invalidité, et aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite de ce seul diagnostic (voir arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017, respectivement consid. 4 et 6).

E. 8.3

S'agissant des rapports des SMR au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI, ceux-ci ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent dès lors pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports, pour avoir valeur probante, ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. arrêt du TF 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3 ; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle 2011, n° 2920 ss). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et statut actuel) et qu'il se soit agi essentiellement d'apprécier un état de fait médical établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du TF 9C_335/2015 du 1er septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2; 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2 ; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références).

E. 9

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure administrative (art. 43 al. 1 LPGA), de même que la procédure devant le Tribunal administratif fédéral (art. 37 LTAF) dans le domaine des assurances sociales, l'autorité doit établir d'office les faits déterminants (art. 12 PA ; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 3e éd., Berne 2011, ch. 2.2.6.3). Elle administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 19 PA en rapport avec l'art. 40 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 [LPC, RS 273]; art. 61 let. c LPGA). Elle peut toutefois considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait. Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 5 et les références). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a précisé que lorsque l'administration devait se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, elle devait appuyer son évaluation sur des rapports médicaux concluants qui permettaient de confirmer que l'appréciation des preuves avait été faite de manière globale et objective. Dans la mesure où de tels documents font défaut ou sont contradictoires, des investigations complémentaires s'avèrent indispensables, faute de quoi il y a lieu de conclure à une violation du principe inquisitoire (arrêts du Tribunal fédéral 8C_672/2010 du 27 septembre 2010 consid. 1.3 et 9C_818/2010 du 5 novembre 2010 consid. 2.2 in fine). Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, et apparaît en général justifié si l'administration a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références).

E. 10.1

S'agissant de l'atteinte à la santé de la recourante, la médecin SMR appelée à se déterminer sur le dossier conclut, dans son avis du 27 octobre 2016 (voir supra, let. B.c), à une schizophrénie paranoïde (F 20.0), laquelle a selon elle débuté en novembre 1999 à la suite d'un traumatisme subi en octobre 1998 et s'est aggravée à la suite d'un nouveau traumatisme survenu en mars 2001. Cet avis SMR repose sur le document de la Clinique de F. _____ du 8 mai 2001 ainsi que sur le rapport du Dr J. _____ du 20 août 2016 (voir supra, let. B.b). Concernant tout d'abord ce document du 8 mai 2001, le Tribunal relève qu'il ne pose pas expressément le diagnostic d'une schizophrénie paranoïde, mais plutôt ceux de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques (F 23.1), de stress post-traumatique depuis le mois de juillet 1999 (anamnestiquement [F 43.1]) et de convulsion dissociative (anamnestiquement [F 44.5]). Par ailleurs, les autres documents médicaux figurant au dossier font état des atteintes à la santé suivantes : le second compte-rendu du Dr E. _____ du 19 novembre 2002 (voir supra, let. B.b) conclut à un trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique (F 23.2) et un trouble schizotypique (F 21), et comme diagnostic différentiel à une schizophrénie paranoïde, type d'évolution récurrente (F 20.0). L'attestation médicale du 5 novembre 2008 de la Dresse G. _____ fait état d'un certain nombre de crises psychotiques dès 1999 à classer dans le chapitre de la schizophrénie, avec des expressions nuancées (F 23.2 ou F 23.3 avec F 21 et F 20.0). Enfin, le rapport médical du 23 août 2016 du Dr L. _____ constate un trouble psychotique avec

symptômes schizophréniques (F 23.1), un état de stress post traumatique (F 43.1) et une convulsion dissociative (F 44.5). Ainsi, malgré la faible valeur probante desdits documents (voir infra, consid. 10.2), l'on observe une relative cohérence s'agissant du diagnostic posé chez la recourante.

E. 10.2

En ce qui a trait à la question des conséquences de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail, le Tribunal constate comme suit :

E. 10.2.1

Concernant tout d'abord la date à laquelle une incapacité de travail serait survenue, il faut relever que l'avis SMR du 27 octobre 2016 fait référence aux indications figurant dans la lettre de sortie de la Clinique du 8 mai 2001 ainsi que dans le rapport du 20 août 2016 du Dr J. _____ (voir supra, let. B.c) ; or il faut en premier lieu constater que la lettre de sortie du 8 mai 2001 ne se prononce pas sur ce point. En effet, parmi les documents médicaux, seuls le rapport du Dr J. _____ du 20 août 2016 et celui du Dr L. _____ du 23 août 2016 répondent à la question de la capacité de travail. Or le premier médecin nommé indique que dite incapacité remonte au début de l'année 2000, là où le Dr L. _____ retient quant à lui, certes de manière peu claire, des limitations fonctionnelles depuis le 18 juin 2001 et une incapacité de travail dès le mois de novembre 2008. L'avis médical SMR du 27 octobre 2016 affirme quant à lui se rallier au rapport du Dr J. _____, en retenant toutefois une incapacité de travail dès le mois de novembre 1999. Ainsi, il faut en premier lieu relever qu'aucun avis concordant ne ressort des documents médicaux s'agissant spécifiquement du début de la supposée incapacité totale de travail.

E. 10.2.2

Ensuite, force est de constater que ni le rapport médical du 20 août 2016 du Dr J. _____ (sur lequel repose en majeure partie l'avis médical SMR du 27 octobre 2016), ni celui du Dr L. _____ du 23 août 2016 ne répondent aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître de valeur probante, tant en raison de leur caractère succinct que parce qu'ils ne font que de déduire de l'atteinte à la santé une incapacité totale de travail, sans dès lors satisfaire aux conditions spécifiques relatives aux expertises psychiatriques (voir en particulier, dans le rapport du 20 août 2016, la section « Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes », à laquelle le médecin répond simplement : « restrictions en lien avec troubles psychotiques chroniques avec symptomatologie déficitaire » ; voir encore supra, consid. 8.2). Pour le reste, aucun autre document médical ne fait état d'une incapacité totale de travail ; en particulier, le compte-rendu du Dr E. _____ du 8 mai 2001 (soit la seconde pièce sur laquelle se fonde l'avis SMR du 27 octobre 2016) ne se prononce pas sur la question, évoquant au contraire la possibilité pour l'intéressée de chercher un emploi et de reprendre ses études (AI doc 5 p. 5 et 8 s.). En outre, aucun document médical figurant au dossier n'explique les raisons pour lesquelles la recourante, malgré son incapacité de travail totale a été non seulement en mesure d'obtenir un diplôme français d'études du commerce le 30 juin 2004, mais surtout de travailler (certes occasionnellement mais pour une période totale de cotisation de 135 mois) jusqu'à la fin de l'année 2011 (selon l'extrait du CI du 16 juin 2016 [voir supra, let. B.b]), au bénéfice notamment d'une autorisation frontalière délivrée par l'autorité suisse compétente (AI docs 3, 4, 12). Si l'avis SMR du 27 octobre 2016 survole ce point en sous-entendant, sur la base du rapport du Dr J. _____ du 20 août 2016, qu'une activité de travail très occasionnelle

reste possible malgré l'incapacité, il n'en demeure pas moins que cette affirmation ne repose sur aucun document médical satisfaisant aux conditions posées par la jurisprudence ; il paraît donc contradictoire, en l'absence d'un véritable développement de ce raisonnement du point de vue médical, que l'autorité inférieure ait retenu une incapacité totale de travail, ce alors même que la recourante a été en mesure d'exercer les activités professionnelles et académiques susmentionnées durant toutes ces années. Dans ce contexte, le Tribunal relève encore que dans sa note interne du 6 juillet 2016, l'autorité inférieure a estimé que l'assurée avait effectué une activité professionnelle à 37% jusqu'en 2009 (voir supra, let. B.b). Ainsi, la documentation médicale figurant au dossier ne répond pas aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître de valeur probante, de sorte que l'on ne saurait en déduire une incapacité totale de travail chez la recourante, et encore moins fixer avec certitude le début d'une telle incapacité.

E. 11.1

Il s'ensuit qu'en l'état, le dossier ne permet pas de se prononcer sur l'invalidité de la recourante, de sorte qu'il doit être complété. Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'autorité inférieure. Dans la mesure où aucun élément figurant au dossier ne s'y oppose (arrêt du Tribunal fédéral 9C_235/2013 du 10 septembre 2013 consid. 3.2 et références citées ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4575/2013 du 3 février 2015 consid. 7.6), une expertise psychiatrique, ainsi que toutes autres mesures d'instruction jugées utiles, devront être menées en Suisse. Dans le cadre de l'établissement de l'expertise psychiatrique, qui devra se conformer aux exigences jurisprudentielles rappelées ci-avant (voir supra, consid. 8.2), la recourante disposera notamment des droits tels que décrits par le Tribunal fédéral à l'ATF 137 V 210. Le renvoi de la cause à l'OAIE pour nouvelle instruction est indiqué en l'espèce, bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (voir art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst., RS 101] ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1).

E. 11.2

Partant, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la décision du 22 mai 2017 doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure, qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier si la recourante présente une affection psychiatrique invalidante. Enfin, une nouvelle décision sera prise.

E. 11.3

Dès lors, et dans la mesure où la recourante a eu l'occasion de retirer son recours ou de se prononcer sur le risque de reformatio in pejus, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 314 consid. 3.2.4 ; voir supra, let. E), il se justifie d'admettre le recours en ce sens que la décision du 22 mai 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité inférieure qui rendra une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier conformément aux considérants du présent arrêt.

E. 12

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il n'y a donc pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 63 al. 1 et 2 PA), de sorte que l'avance de frais de

CHF 800.- versée par la recourante au cours de la procédure (TAF pce 9) lui sera remboursée sur le compte qu'elle aura désigné au Tribunal. En outre, conformément aux art. 64 al. 1 PA et 7 al. 1 du règlement du 21 février 2008 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral (FITAF, RS 173.320.2), le Tribunal peut allouer à la partie ayant obtenu gain de cause une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés par le litige. Par ailleurs, l'indemnité d'un mandataire professionnel n'exerçant pas la profession d'avocat tel qu'N._____ est calculée, selon l'appréciation de l'autorité, en fonction du temps nécessaire à la défense de la partie représentée (art. 10 al. 1 FITAF ; voir encore arrêt du TAF C-6609/2010 du 30 mars 2011). En l'espèce, au vu de l'issue du litige et compte tenu du travail effectué par la représentante de la recourante, il convient de lui allouer une indemnité de dépens de CHF 1'000.-, à la charge de l'autorité inférieure. (dispositif page suivante)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.